

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE**  
(bollo Euro 16,00)

Spett.le  
Ordine della Professione di Ostetrica  
della provincia di Varese  
Via dei Campigli 5 - 21100 Varese

Il/La sottoscritta/o Ost. \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo delle Ostetriche della  
provincia di Varese al n° \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lettera D), del  
DLCPS 233/46, con decorrenza dal \_\_\_\_\_

per (specificare motivo):

cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento , ecc...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara:

che non intende esercitare la libera professione

di essere in regola con il pagamento delle quote d'iscrizione all'Albo

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 Legge n° 15/68), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Allego copia documento d'identità.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle  
dichiarazioni non veritiere